

見本

子ども医療費助成金支給申請書

(宛先) 金沢市長

保護者の住所・氏名を
記入してください。

令和 ○年 ○月 ○日

申請者（保護者） 住 所 金沢市広坂1丁目1番1
方 書 101 号室
氏 名 金沢 太郎
(TEL 090-1111-2222)

加入健康保険に
ついて記入して
ください。

医療費助成金の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

子 ど も	医療証番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	加 入 健 康 保 険	保険者番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1
	ふりがな氏名	かなざわ いちろう 金沢 一郎		記 号	○○
	生年月日	平成 令和 2年 2月 2日		番 号	○○○○
	個人番号			被保険者氏名	☐ 申請者と同じ 金沢 花子 ①

※保険者の名称

②

※子どもの加入健康保険の確認書類がない、マイナポータルで確認できない場合に個人番号を記入(金沢市が個人番号を利用して確認を行います) 三 月 日
あわせて①、②を記入 ②が不明の場合は勤務先名

(宛先) 金沢市長

医療費助成の確認に必要な税関係情報の記録を市長が調査することに同意します。

加入健康保険 の被保険者	住所	☒ 申請者と同じ	個人番号	
	氏名	金沢 花子 (署名又は記名押印)	生 月 日	昭和 ○年 ○月 ○日

④高額療養費に該当する場合に記入
・一月あたり
・一医療機関(医師が処方した保険調剤薬局分も含む)
・21,000円以上の支払い
(食事代や差額ベッド代は含まない)

処理欄	由請額	円	内訳	自己負担額	除 額		
					所定負担額	付加給付額	高額療養費

※事務処理欄 記入不要

備考

受 場
付 所

〈備考〉 自費・保険外 申請期限切れ 対象年齢外 対象者外									
番 号	個人 通知 住民 端末	代 理	法定 本人 委任	確認不可	その				
本人確認	個人 免許 手帳 在留 旅券	保険 介護 年金 その他	確認不可	他					